Rok XXXII. Kraków, 23. Września 1893. Nr. 38.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH

KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota, w objętości średniej półtora arkusza.

Redaktor główny: prof. Dr. S. Domański.

Redakcyja:
Przy ulicy Szczepańskiej Nr. 9.
Telefonu Nr. 108.

Administracyja:
Zakład fizyjologiczny, Collegium physicum.

Ekspedycyja miejscowa
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego. Rynek główny, 36.

Ogłoszenia
przyjmują: *w Krakowie* Administracyja, a *w Paryżu* p. Adam 81 Rue des Saintes Pères.

Przedpłatę
przyjmują:
Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego *w Krakowie* nadto w Niemczech, Król. Polskiem i Rosyi urzędy pocztowe, *w Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, *w Paryżu* p. Adam 81, Rue des Saintes Pères, *w Nowym Jorku* Dr. Bronisław Grabowicz 137 Clinton and 180 Broome Streets.

Rękopismy
zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer
osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

Rocznie:	w Austryi 8 złr. 80 ct.	w Król. Polskiem i Ces. Ros. 6 rsr.	w Niemczech 14 mk.	we Francyi 24 fr.
Półrocznie:	„ 4 „ 40 „	„ „ „ „ 3 „	„ 7 „	„ 12 „
Kwartalnie:	„ 2 „ 20 „	„ „ „ „ 1½ „	„ 3½ „	„ 6 „

TREŚĆ: I. BROWICZ: O znaczeniu zmian istoty kitowej beleczków mięsnych serca. — II. BECK: O resorpcyi ciał nierozpuszczalnych z jam surowiczych (c. d.). — III. CERCHA: Przyczynek do cięcia łonowego (dok.). — III. *Oceny i sprawozdania.* — *Terapia.* WOŁKOWICZ: O wartości leczniczej salolu w biegunce cholerycznej. — *Notatki terapeutyczne.* — V. Sprawy Towarzystw lekarskich. — Sekcya lwowska. — VI. KLECKI: Sprawozdanie z V. Zjazdu chirurgów polskich (c. d.). — VII. *Wiadomości bieżące.* — VIII. Ogłoszenia.

I. O znaczeniu zmian istoty kitowej beleczków mięsnych serca.

Podał

Prof. Browicz.

Sprawie rozklejania się istoty kitowej beleczków mięsnych serca, którą w roku 1877 Renaut[1]) opisał, nie przyznano dotąd należytego znaczenia, na sprawę tę wprawdzie dopiero w ostatnich latach zwrócili patologowie większą uwagę. Wzmianki, jakie o tej zmianie spotykamy w najnowszej literaturze, jak n. p. w zarysie histologii patologicznej Weichselbauma, w ostatniem wydaniu podręcznika anatomii patologicznej Zieglera, są tak niedokładne i niejasne, iż mimo woli nasuwają się wątpliwości, ażali zmiana ta przedstawia w rzeczywistości tak ważne i groźne znaczenie, które jej niektórzy przypisują i które zdaniem mojem, wypowiedzianem w rozprawie: O zachowaniu się istoty kitowej beleczków mięsnych w stanach chorobowych, ogłoszonej w roku 1889 w *Przeglądzie lekarskim* (jakoteż w *Wien. klin. Wochschr.* Nr. 50. 1889) ona rzeczywiście posiada.

Romberg w swej pracy: O stanach chorobowych mięśnia sercowego w durze brzusznym, płonicy i błonicy, umieszczonej w zbiorze prac z kliniki Curschmanna w Lipsku z r. 1893, str. 109, oparty na zdaniu Recklinghausena i wrzekomo Zenkera, wypowiedzianych na X. zjeździe międzynarodowym w Berlinie w r. 1890, iż zmiana ta powstaje dopiero w porze konania, odmawia jej wprost szczególniejszego znaczenia.

Przeciwko ogólnemu podówczas mniemaniu, iż zmiany, jakie spostrzega się wśród istoty kitowej, począwszy od uwydatniania się jej aż do zupełnego rozklejenia się, rozchodzenia się komórek mięsnych w skład beleczków wchodzących, są następstwem zmian pośmiertnych, trupich, wystąpiłem w powyż wymienionej pracy i dzisiaj uznano[1]), iż zmiany te ze zmianami pośmiertnemi nie mają nic wspólnego i istnieją już za życia. Sporną jest jednak kwestya,

[1]) Uwaga Recklinghausena (Rozprawy X. zjazdu międzynarodowego 1890, t. III., 3. część, str. 702), iż Rindfleisch jeszcze w r. 1870 zmianę tę opisał, jakoteż twierdzenie Romberga (O zmianach mięśnia sercowego w durze brzusznym, płonicy i błonicy. Zbiór prac z kliniki Curschmanna w Lipsku. 1893, str. 102), iż Zenker pierwszy na tę zmianę zwrócił uwagę, którą w 13 lat później miał na nowo Renaut odkryć, skłania mnie do przytoczenia krótkiego rysu historycznego o tejże zmianie. W pracy swej o zmianach narządów w durze brzusznym, Lipsk 1869, wspomina wprawdzie Zenker, iż widział liczne, mikroskopowe, poprzeczne pęknięcia włókien mięsnych serca, toż samo przytacza Rindfleisch w swym podręczniku histologii patologicznej z r. 1870, str. 202, iż w jednym przypadku po zapaleniu włóknikowem płuc znalazł obok ostrego zwyrodnienia mięśnia sercowego włókna a raczej beleczki mięsne przez poprzeczne pęknięcia na krótkie, czworoboczne kawałki rozpadłej. Obaj jednak ci autorowie sami nie ocenili ważności tego stanu, co już z tego wynika, że aż do ostatnich czasów zmianę tę za pośmiertną, trupią, nie mającą żadnego znaczenia patologicznego, uważano powszechnie. Dopiero w r. 1877 zwrócił Renaut uwagę na tę groźną zmianę, co też wielu autorów francuskich przyjęło. Pierwszą pracą, jaka w tej kwestyi w niemieckim języku się ukazała, była moja rozprawa, ogłoszona w *Wien. klin. Woch.* z r. 1889. W lutym 1890 pojawiła się druga praca Renauta a dopiero potem, w sierpniu 1890. na zjeździe międzynarodowym podali Recklinghausen i Zenker swoje w tej mierze spostrzeżenia. Dokładne daty co do literatury w tej kwestyi zawiera praca Tedeschiego w Arch. Virchowa, t. 128, 1892.

[1]) Zarzuty Knolla (Rozprawy X. zjazdu l. c. str. 87), iż nietylko mechaniczne, ale także i chemiczne wpływy na mięsień jeszcze pośmiertnie niestężały działające, stan do fragmentacyi podobny wywołać mogą; Marchanda (l. c. str. 89), iż granice odłamków fragmentacyjnych niekoniecznie odpowiadać muszą granicom komórek mięsnych, lecz może nieregularnym liniom kontrakcyjnym, w obrębie których rozdzielanie powstaje, jak to Wagener przypuszcza, jakoteż uwagę Israela (*Practicum* histologii patologicznej. 1893, str. 318), iż nie jest jeszcze pewnem, ażali rozdzielanie się to tylko w obrębie istoty kitowej albo może także w obrębie samej komórki mięsnej powstać może, musi każdy, ktokolwiek tą kwestyą dokładniej się zajmował i studyował przypadki właściwej, niepowikłanej fragmentacyi, uznać jako nieuzasadnione.

czy zmiany owe powstają dopiero w porze konania, czy też istnieją czas dłuższy, powstają, rozwijają się wśród pełnego życia.

Zdanie Recklinghausena wypowiedziane na X. zjeździe międzynarodowym lekarskim, głównie zaważyło na szali w ocenieniu ważności tej zmiany. Recklinghausen (Rozprawy X. zjazdu, t. III, część 3, str. 73) uważa ją na podstawie mikroskopowego stosunku jako wyraz nadmiernego zadrażnienia mięśnia sercowego, nieprawidłowego kurczenia się istoty komórek mięsnych, która bezpośrednio przechodzi w stan stężenia pośmiertnego, i zgruchotania struktury mięśnia, wskutek czego stalsze części składowe beleczków mięsnych przez oddzielenie się wodnistej sarkoplazmy zagęszczają się i stają szklistemi. Drugim powodem, który skłania Recklinghausena do łączenia rozklejania się beleczków mięsnych z tężcowymi niejako skurczami podczas konania i ze stanami przedrażnienia jest ta okoliczność, iż spotykał on fragmentacyą bardzo często w przypadkach nagłej śmierci wogóle jakoteż u osób gwałtowną śmiercią zmarłych. Recklinghausen nie uznaje szczegółów dotąd podawanych za wystarczające do uznania fragmentacyi, jako stanu chorobowego samoistnego, istotnego. Dochodzi on do przekonania, iż stan ten mięśnia sercowego nie powstaje wprawdzie po śmierci, lecz podczas konania i że powstawanie stanu tego przed konaniem, wśród pełnego życia, nie jest jeszcze udowodnione, tylko hipotetyczne.

Zenker zaś w swym koreferacie (l. c. str. 76) powiada: „Właściwie samo przez się się rozumie, iż stan fragmentacyi wśród pełnego życia istnieć nie może, jakżeby człowiek, w którego sercu jest rozdarte każde prawie włókno mięsne, mógł żyć chociażby przez jednę godzinę? Mimo to jednak zmiana ta nie traci znaczenia patologicznego. Pewna bowiem, iż serce, którego włókna w czasie agonii rozpadają się na części składowe, już wśród pełnego życia musiało być zmienione w swych własnościach fizyczno chemicznych. Stan fragmentacyi stanowi szczegół anatomiczny, który osłabienie mięśnia sercowego jakoteż śmierć wskutek porażenia serca tłómaczyć może“. Słusznie też odrzuca Zenker nazwę *myocardite segmentaire*, gdyż fragmentacya nie ma nic wspólnego ze sprawą zapalną.

W dyskusyi, która się nad tym tematem na kongresie wywiązała, oświadczyłem (l. c. str. 86) na podstawie obfitego badanego materyału, iż nie rozchodzenie się komórek mięsnych, rozklejenie się beleczków, które niewątpliwie dopiero w ostatnich chwilach życia na większym obszarze mięśnia sercowego powstaje, tworzy główną cechę tej zmiany chorobowej serca; chodzi tu bowiem przedewszystkiem o stan patologiczny istoty kitowej, który objawia się uwydatnieniem się tejże istoty, który to stan patologiczny przedstawia systematycznie rzecz badając stopniowe różnice.

W takiem pojęciu znaczenia tej zmiany, które w rozprawie swojej, powyżej cytowanej w r. 1889, wypowiedziałem a które według przytoczonego ustępu Zenker podziela, tkwi jądro kwestyi spornej. W rozprawie tej powiedziałem: „Badając systematycznie mięsień sercowy wprost z trupa wzięty, czy to skrawki cieniutkie, nożyczkami wykonane, czy ze zamrożonego mięśnia cięte, widzieć można nierzadko istotę kitową bardzo wyraźną, jako smugę poprzeczną lub nieco do osi beleczka skośną tak, iż granice komórek beleczek mięsny tworzących, ściśle oznaczyć się dają. Istota ta kitowa w świeżym, wprost tylko w rozczynie soli kuchennej badanym mięśniu, nie przedstawia jednakiego zawsze wejrzenia. Raz przedstawia się jako smuga wąska, jednolitego wejrzenia, drugi raz jako szeroki pas o wyraźnych obrysach, jak gdyby istota kitowa była napęczniała, innym znów razem jako szerokie pasmo o wyraźnych, brzeżnych, z komórką mięsną graniczących obrysach w kształcie rąbka jasnego, ostro odgraniczonego, a pomiędzy temi rąbkami brzeżnymi dostrzedz można istotę pręcikowatej budowy, pręciki zaś te równolegle do osi beleczka są ugrupowane“. W dołączonym podówczas wykazie statystycznym przypadków badanych zwróciłem uwagę n. p. w przypadku 6. na ogniskową fragmentacyą, wyraźną, szeroką, pręcikowatej budowy istotę kitową, albo w przypadku 33. bardzo wyraźną, częścią, jakby napęczniałą, częścią pręcikowatej budowy istotę kitową. Na to niezwykłe a tak wyraźne wejrzenie istoty kitowej, które przy użytej metodzie badania (mięsień sercowy badałem wprost, na świeżo, bez użycia żadnych płynów stwardniających lub odczynników) nie mogło być sztucznie wywołane, nie zwrócili badacze późniejsi temat ten obrabiający uwagi. Że wejrzenie owo, które odtąd częściej spotykałem, jest wyrazem skomplikowanej budowy istoty kitowej, świadczą piękne badania Przewóskiego, których wynik przedłożył Przewoski w styczniu b. r. Tow. lekarskiemu w Warszawie a ogłosił w Gazecie lekarskiej w Nrze 24. Przewóski wykazał na cieniutkich skrawkach, ciętych z mięśnia sercowego stwardniałego i barwionych odpowiednio, głównie eozyną, że każda komórka mięsna serca kończy się z każdej strony warstwą ziaren, którą nazwał *stratum granulosum terminale*. W zwróconych do siebie końcach komórek *strata* leżą mniej więcej równolegle; od jednej zaś z tych warstw do drugiej rozciąga się cały szereg cienkich, nitkowatych, protoplazmatycznych wypustek. *Stratum granulosum terminale* składa się z całego szeregu ziaren, z których każde z jednej strony łączy się z pierwotnem włókienkiem mięsnem a z drugiej z wyrostkiem protoplazmatycznym, łączącym komórki pomiędzy sobą. Ziaren jest tyle, ile pierwotnych włókienek mięsnych i ile wyrostków protoplazmatycznych. Nitkowate wyrostki protoplazmatyczne, łączące sąsiednie komórki mięsne, przebiegają w kierunku osi pierwotnych włókienek mięsnych. Są one cieńsze, aniżeli pierwotne włókienka, jednolite, bez śladu prążkowania. Przestwory pomiędzy wyrostkami protoplazmatycznymi pozostają na preparatach niezabarwione i robią wrażenie pustych. Przewóski przypuszcza, iż wyrostki protoplazmatyczne należące do obu graniczących ze sobą komórek, spojone są małą ilością kitu. Wogóle upatrywać można pewną analogię ze znanem połączeniem komórek przyskórka, niektórych komórek przyblonka wielowarstwowego i gładkich włókien mięsnych.

(Dokończenie nastąpi.)

II. Z zakładu dla patologii ogólnej i doświadczalnej prof. Strickera w Wiedniu.

O resorpcyi ciał nierozpuszczalnych z jam surowiczych.

Napisał
Dr. A. Beck.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 37).

I.

Resorpcya z jamy otrzewnowej.

Notkin [1]) zauważył, że substancye koloidowe zjawiają się z jamy brzusznej po upływie 3½—4 godzin w moczu. Co do czasu zjawiania się ciałek krwi lub tuszu w limfie przewodu piersiowego, nie znajdujemy wzmianki w tymczasowem doniesieniu Notkina, po którem, o ile mi wiadomo, nie pojawiła się obszerniejsza praca w tym przedmiocie. W własnych doświadczeniach znalazłem czas ten rozmaitym, stósownie do ciała, które wprowadzono do jamy brzusznej. Pierwsze dwa doświadczenia, w których użyłem do tego celu skrobi, pouczyły mię, że ciało to nie nadaje się do tego rodzaju doświadczeń. Wprawdzie pojawiały się bardzo nieliczne ziarnka skrobi w 2—3 godzin po wstrzyknięciu, trudno było jednak z całą pewnością rozstrzygnąć, czy ziarnka te rzeczywiście pochodzą z jamy brzusznej, czy też nie dostały się do preparatu z powietrza, w którem ziarnka skrobi podczas doświadczeń z nią bez wątpienia unoszą się w wielkiej ilości. Rzecz naturalna, że używano wszelkich środków ostrożności (skrobię mięszano z wodą w innym pokoju pracowni, miejsce wstrzyknięcia dobrze obmywano, ranę na szyi starannie podczas wstrzykiwania zamykano i przykrywano), aby o ile możności uniknąć dostania się skrobi do limfy z powietrza. Być zresztą może, że nie udanie się tych doświadczeń przypisać trzeba tej okoliczności, że ziarnka skrobi, które dostały się do limfy, uległy tu dzięki działaniu dyastatycznemu przemianie w cukier i w ten sposób stały się niedostępnemi naszemu badaniu za pomocą jodu. Wszak w nowszych czasach Bial [1]) wykazał, że w surowicy krwi i limfy znajduje się w rzeczywistości zaczyn dyastatyczny, który zamienia skrobię wprost (bez przemiany w dekstrynę) w dekstrozę.

Wessanie krwi z jamy brzusznej rozpoczyna się stósunkowo dość rychło, odbywa się jednak zwolna tak, że ciałka czerwone pojawiają się w preparatach z limfy po jednem lub po kilka zaledwie. Resorpcya trwa też przez czas dłuższy a po zabiciu zwierzęcia, któremu n. p. 6 cm. sz. krwi gołębiej wstrzyknięto do jamy brzusznej, znalazłem w 5 godzin po wstrzyknięciu jeszcze dość znaczną ilość krwi w jamie brzusznej a limfa wypływająca przedtem z przewodu piersiowego okazywała zaledwo ślady zabarwienia krwawego. Pojawienie się pierwszych ciałek krwi, odbywa się zazwyczaj w ciągu drugiej godziny po wstrzyknięciu do worka otrzewnowego.

Przystąpimy obecnie do opisu drugiej seryi doświadczeń, której zadaniem było wyjaśnienie kwestyi, czy rzeczywiście ciała wprowadzone do jamy brzusznej przez wyżej opisane otwory (prawdziwe *stomata*) dostają się do naczyń limfatycznych i czy można wykazać je w układzie limfatycznym. Następnie miały doświadczenia te posłużyć do wykazania wprowadzonych ciał w obiegu krwi i w narządach. Przebieg doświadczeń był następujący:

Królikowi wstrzykiwałem jedno z wyliczonych wyżej ciał w zawiesinie wodnej lub olejnej do jamy brzusznej. Od czasu do czasu badałem kroplę krwi pod mikroskopem i po upływie pewnego czasu, różnego w różnych doświadczeniach i wynoszącego od 2 godzin do 4 dni, zabijałem zwierzę. Natychmiast po zabiciu otwierałem klatkę piersiową (jeszcze przed otwarciem jamy brzusznej, aby zapobiedz zetknięciu lub zanieczyszczeniu narządów klatki piersiowej ciałem do jamy brzusznej wprowadzonem), badałem osobno krew z prawego i lewego serca, jakoteż i wyciśniętą z płuc. Następnie wkładałem małe kawałeczki płuc w celu stwardnienia ich do alkoholu, kwasu chromowego albo płynu Fleminga. Potem otwierałem jamę brzuszną, trzewa usuwałem i po energicznem opłukaniu powierzchni przepony w celu uwolnienia jej od przylegającej do niej warstwy wstrzykniętych substancyj, posrebrzałem ją zwykłym sposobem, albo też wypreparowałem ją bez posrebrzania; w obu razach przemywałem dokładnie preparat przez 24 godzin. Oprócz tego przenosiłem drobne kawałeczki wątroby, nerki i śledziony po dokładnem wymyciu ich w wodzie płynącej na szkiełka przedmiotowe i roztarłszy je, przykrywałem szkiełkiem pokrywkowem i badałem na świeżo pod mikroskopem. Z narządów tych sporządzałem także po stwardnieniu w ustalającym płynie skrawki i preparaty stałe.

Co do wyników otrzymanych za pomocą tych doświadczeń, zwracam przedewszystkiem uwagę na okoliczność, że udało się wykazać obecność ciał do jamy brzusznej wstrzykniętych w wyżej opisanych, krótkich przewodach wysłanych śródbłonkiem, które tworzą komunikacyę pomiędzy jamą otrzewnową a naczyniami limfatycznemi. W preparatach sporządzonych ze środka ścięgnistego po posrebrzeniu go za pomocą azotanu srebrowego, znajdywałem substancyę wstrzykniętą w otworach naczyń limfatycznych; szczególnie preparaty pochodzące z doświadczeń wykonanych z cynobrem dostarczyły nader pouczających obrazów. Ziarnka cynobru leżały wolno w otworach tak, jak gdyby miały wstąpić do naczyń limfatycznych, dokąd już inna ich część się dostała. Co się tyczy doświadczeń wykonanych z krwią, to udawało się po wstrzyknięciu jej do jamy brzusznej zaledwie nieznaczną ilość ciałek czerwonych odnaleść w otworach naczyń limfatycznych. Zdaniem mojem trzeba to przypisać z jednej strony tej okoliczności, że ciałka krwi jako twory gładkie, okrągłe i podatne, z łatwością przez *stomata* dostać się mogą do naczyń limfatycznych i z tego powodu w otworach tych się nie zatrzymują; z drugiej strony być może, że przez energiczne przemywanie preparatu, potrzebne po zadziałaniu azotanem srebrowym, woda ciałka krwi niszczy i wymywa.

Zato ciałka czerwone, które dostały się już raz do naczyń limfatycznych, były dobrze zachowane i można je było tam wykazać w znacznej liczbie. Żaden z autorów dotąd nie starał się wykazać wprowadzonych do jamy brzusznej substancyj w naczyniach limfatycznych przepony po zadziałaniu azotanem srebrowym. Uważam to jednak za rzecz konieczną, szczególnie w pewnych przypadkach, aby ciał tych szukać w naczyniach uwidocznionych przez posrebrzenie, albowiem tylko w ten sposób można nabrać pewności, że w mowie będące ciała, rzeczywiście znajdują się w świetle naczyń limfatycznych, że nie mamy do czynienia z złogami powierzchownemi. Oczywiście, jeżeli się już udało

[1]) l. c.

w ten sposób na pewno wykryć je w naczyniach limfatycznych, można się już obywać bez posrebrzania, co znowu jest szczególnie potrzebnem, jeżeli ciało wprowadzone do jamy brzusznej przedstawia ziarenka bezkształtne barwy czarnej (n. p. pył węglowy lub cynober w świetle przepuszczonem).

Co do obecności w naczyniach limfatycznych ciał wprowadzonych do jamy brzusznej, to zauważyć muszę, że w przeciwieństwie do innych autorów, nie spostrzegałem zazwyczaj mocnego wypełnienia naczyń limfatycznych. Po prawidłowej resorpcyi (jeżeli wogóle mówić nam wolno o resorpcyi ciał stałych, jako o czynności fizyologicznej) znajdywałem prawie zawsze ciała, które dostały się do naczyń limfatycznych, porozrzucane, w niejakiej od siebie odległości. Odpowiada to też wypadkom z wyżej opisanych doświadczeń o pojawianiu się substancyj wprowadzonych do jamy brzusznej w limfie przewodu piersiowego, jakoteż badań krwi, o których niżej będzie mowa. Nigdy nie widziałem limfy wypływającej z przewodu piersiowego, któraby obficie była zmięszaną z substancyą wstrzykniętą do jamy brzusznej, ani równie we krwi z wessanej substancyi nigdy większych ilości nie znalazlem, jakkolwiek badania krwi przedsiębrano w różnych porach i jakkolwiek po zabiciu zwierzęcia substancya ta złożoną była obficie w narządach.

Mocno wypełnionemi były naczynia limfatyczne tylko w niektórych razach, mianowicie po zastrzyknięciu skrobi lub sadzy zmięszanej z oliwą. Zdaje się, że substancye te zlepiając się zatykają naczynia limfatyczne i w ten sposób wywołują zastój, który prowadzi do mocniejszego wypełnienia naczyń.

Jakże wobec tego wytłómaczyć, że inni autorowie znajdywali zawsze w doświadczeniach swych naczynia limfatyczne przepony mocno wypełnione? Odpowiedź na to pytanie nie jest trudna, jeżeli się zważy, że autorowie ci swoje doświadczenia wykonywali przeważnie na wyciętych przeponach, gdzie za pomocą wykonywania ruchów ssących (wywoływania rozrzedzenia powietrza pod przeponą), substancyę odpowiednią wciskali do naczyń limfatycznych, gdy odpływ z naczyń limfatycznych był zniesiony przez to, że przeponę zawiązywali na cylinder lub lejek. Mogło to być przyczyną mocnego wypełnienia sieci naczyń limfatycznych, podobnie jak to się działo w moich doświadczeniach, w których posługiwałem się ciałem skłonnem do zatykania naczyń limfatycznych.

Resorpcya ciał stałych, jak z powyższych doświadczeń wypada, odbywa się nader powoli i substancye, które dostają się do sieci naczyń limfatycznych, tu nie zatrzymują się, lecz wchodzą do większych pni, gdzie zwolna znowu, ziarnko po ziarnku, z limfą wpadają do obiegu krwi.

Postępując dalej za substancyami, które weszły już do naczyń limfatycznych, zwrócić się musimy z natury rzeczy do badania krwi. Wydaje się rzeczą zupełnie jasną, że, gdy ciała wstrzyknięte do jamy otrzewnowej dostają się do naczyń limfatycznych, znajdziemy je także w układzie krwionośnym. A jednak — chcę to zaraz zaznaczyć — udaje się rzadko wykazać ich obecność we krwi. Brałem zazwyczaj u zwierzęcia, na którem robiłem doświadczenie, w różnych odstępach czasu stósownie do trwania doświadczenia po kropli krwi z ucha lub łapki i szukałem w niej skrzętnie pod mikroskopem ciała, które wstrzyknięto do jamy brzusznej. W wielu przypadkach nie mogłem, pomimo sporządzenia wielkiej liczby preparatów, znaleść śladu substancyi wprowadzonej do jamy otrzewnowej. Z wielkiego szeregu tego rodzaju doświadczeń, było zaledwie kilka, w których krew zawierała cynober lub pył węglowy, wprowadzone do jamy brzusznej w nieznacznej ilości.

Ponieważ z wszelką pewnością wykazać można, że ze substancyj wprowadzonych do jamy brzusznej znaczna część uległa wessaniu, jest rzeczą jasną, że szukać tych substancyj należy w narządach, dokąd zanosi je krążenie krwi i gdzie zostają złożone. W literaturze kwestyi nas tu obchodzącej nie znajdujemy wzmianki o tem, aby ktoś śledził substancye wstrzyknięte do jam surowiczych we krwi lub narządach, jakkolwiek wiadomo od dawna, że ciała nierozpuszczalne wprowadzone do krwi nagromadzają się w niektórych narządach, głównie w wątrobie, śledzionie, szpiku kostnym i nerkach.

Doświadczenia moje pod tym względem doprowadziły mnie do bardzo zadawalniających rezultatów. Jak już wyżej wspomniałem, badałem narządy dwukrotnie: najpierw na świeżo, aby się wogóle zoryentować, czy znajdują się w nich ciała wprowadzone do jamy brzusznej, następnie po stwardzeniu w płynie ustalającym i sporządzeniu skrawków, aby dokładnie zbadać miejsce, w którem substancye zostają złożone. O środkach ostrożności, których trzymano się w tych doświadczeniach, w celu uniknięcia błędów mogących pochodzić z zanieczyszczenia, wspomniałem również powyżej.

Pierwszą, że się tak wyrażę, stacyą, w której ciała dostające się z jamy brzusznej przez przewód piersiowy do układu żylnego zostają złożone, są płuca. Większe ziarenka, które nie mogą przecisnąć się przez naczynia włosowate płuc, muszą tu utkwić. To też w preparatach sporządzonych z płuca zwierząt, którym do jamy brzusznej wprowadzono cynober, karmin lub zarodniki z *ustilago maidis*, znajdywałem ciała te w naczyniach włosowatych, które też częściowo stawały się przez to niedrożnemi. Drobniejsze ziarenka cynobru lub karminu przechodzą całe koło małego krążenia i dostają się do lewej połowy serca, zkąd zostają rozprowadzone wraz z krwią tętnicy głównej przez wszystkie narządy i tkanki ciała. Zatrzymanie pewnej części wessanych substancyj w naczyniach włosowatych płuc jest przyczyną, że substancye te znaleść można we krwi prawego serca w znacznej ilości, gdy we krwi lewego serca lub naczyń dużego koła znajdują się tylko w małej liczbie, albo niema ich wcale. O tej okoliczności mogłem przekonać się w kilku doświadczeniach a szczególnie w doświadczeniach z zarodnikami *ustilago maidis*. Ciała te utkwiły po większej części w płucach i gdy krew z prawego serca wzięta zawierała mnóstwo zarodników, nie można ich było znaleść we krwi serca lewego. (Dok. nast.)

III. Z kliniki położniczo-ginekologicznej Uniw. Jagiel. prof. Dra Madurowicza.

Przyczynek do cięcia łonowego (*symphyseotomia*).

Podał

Dr. M. Cercha,

I-szy asystent kliniki.

(Dok. Patrz Nr. 37).

Od 8. do 19. marca stan ogólny i miejscowy znacznie lepszy. Ciepłota rano w tym czasie nie przekracza 37·3,

tętno najwięcej 100. Wieczorami wahała się ciepłota między 37·4 a 39·4, tętno pomiędzy 100 a 140. Apetyt lepszy, wejrzenie znacznie lepsze.

Stan miejscowy: Rana spojenia pokryta ziarniną obficie stanowi tylko zagłębienie dołkowate, od brzegów pokrywające się przyskórkiem. W samym środku zagłębienia otwór wielkości grochu, z którego wydziela się mocz w bardzo małej ilości; szpary między brzegami kości łonowych nie widać, tem mniej przetoki na przedniej ścianie pochwy. Podczas ruchów kończyn, tak biernych jak i czynnych, końce kości łonowych prawie nic się nie poruszają. Obrzęk sromu ustąpił. Międzykrocze zgojone. Badanie przez pochwę wykazuje, że wejście do niej mierne szerokie; na przedniej ścianie pochwy, więcej na prawo, blizna idąca aż do sklepienia. Część pochwowa z wrębem znacznym po stronie prawej, z którym łączy się owa blizna w pochwie; na przedniej ścianie pochwy nie ma przerwy ciągłości. Oglądając przedsionek widzimy, że co do barwy zmian nie przedstawia. Ujście cewki, przez które cewnik do pęcherza wchodzi, zdaje się być prawidłowe; obok ujścia cewki na lewo w przedsionku jest szczelina, przez którą wypływa mocz; szczelina ta idzie wzdłuż bocznej ściany pochwy do przewodu, przez który możemy dostać się aż do owego dołka nad spojeniem opisanego, ale na zewnątrz nie można wyprowadzić cewnika, bo pokrywa dołek ów błonka cieniutka, jakby z tkanki granulacyjnej wytworzona. Zgłębnik wprowadzony przez cewkę do pęcherza spotyka się z cewnikiem, wprowadzonym przez szczelinę bezpośrednio. Macica leży w kierunku prawidłowym i wielkość jej jest prawidłowa. Sklepienia nie przedstawiają nic nieprawidłowego.

Od 19. marca do 3. maja stan bezgorączkowy, odżywienie coraz lepsze, a co za tem idzie, i siły. Rana w spojeniu pod wpływem maści lapisowej zgojona zupełnie; chora próbuje od 17. kwietnia wstawać i chodzi, przyczem przekonać się można, że chód nie jest utrudniony a chora nie doznaje przy tem dolegliwości; jeżeli się ją bada w postawie stojącej, to czuć od tyłu spojenia jakby wał twardy a brzegi kości przy unoszeniu to jednej, to drugiej kończyny dolnej nie poruszają się. Chora bierze kąpiele i pije co dzień 180·0 gr. odwaru kory chinowej. Mocz ciągle, choć w mniejszej ilości wycieka ze szpary sromowej.

Dnia 13. maja dostała chora dreszczów i bólu w boku lewym w pasze; badanie wykazało obrzęk zimniczy śledziony świeży i lekkie zapalenie opłucny po stronie lewej w pasze. Stan ten pod wpływem dużych dawek salicylanu sodowego i chininy ustąpił w kilka dni.

Bez względu, jaki będzie dalszy los chorej, zawsze nie jest godzien zazdrości, bo chociażby przetokę w najlepszym razie zaszyć się udało, co w obec tego, że jest na przedniej ścianie, na znaczne napotyka trudności, to już to samo, że poród był w lutym a chora opuści zakład nie wcześniej, jak w lipcu, nie świadczy dobrze o operacyi, po której podobne powikłania mogą się wydarzyć.

Stan ogólny, jak na teraz, jest zadawalający; chora wygląda dobrze, apetyt ma dobry, z każdym dniem zyskuje na wadze, nie ma wreszcie, co jest bardzo ważną rzeczą, upośledzenia w chodzeniu, ani nie doznaje przy tem żadnych dolegliwości, ale jednak czuje się mimo tego wszystkiego nieszczęśliwą z powodu przetoki, która u osób nawet w starszym wieku jest kalectwem, a cóż dopiero u osoby młodej, która żyć musi z pracy rąk własnych. Przetoka ta czyni ją na razie do pracy zupełnie niezdolną. Przy badaniu zewnętrznem widać w miejscu spojenia łonowego na skórze bliznę gwiazdkowatą twardą, zrosłą z kością. Przy oglądaniu sromu widzimy, że ujście cewki moczowej jest nieco na lewo przesunięte; obok cewki po stronie prawej jest szczelina, na dnie której widać mały otwór otoczony ziarniną; z otworu tego wylewa się mocz. Cewka jest drożna a cewnik wchodzi w kierunku prawidłowym. Zgłębnik maciczny wprowadzony do szczeliny wchodzi przez otwór wysoko, jednak nie styka się z cewnikiem bezpośrednio; po zgłębniku spływa mocz. Na międzykroczu jest blizna. W pochwie mamy po stronie prawej, więcej od przodu, bliznę podłużną, idącą aż do sklepienia prawego, z nią zrosła jest część pochwowa od strony prawej. Część pochwowa do spojenia zbliżona. Dalsza część macicy w sklepieniu tylnem, nieco na lewo; macica nie powiększona da się podnieść, ale zaraz opada, bo blizna ciągnie część pochwową ku przodowi. Przerwy ciągłości w pochwie nie ma. W sklepieniach nie ma zresztą nic nieprawidłowego. Jeżeli trzymamy palec w pochwie na okolicy spojenia łonowego i każemy chorej podnosić naprzemian kończyny dolne, to nie można wykazać znaczniejszej ruchomości w spojeniu łonowem.

Opisawszy przebieg porodu i operacyi, opisawszy przebieg połogu, przynajmniej jego najważniejsze chwile, pozostaje mi jeszcze zastanowić się nad tem, czy w naszym przypadku cięcie łonowe da się usprawiedliwić, i czy inny zabieg operacyjny nie byłby zdołał bez narażenia matki na takie, wprawdzie nie niebezpieczne, ale bardzo niemiłe następstwa ocalić i matkę i dziecko.

Co do pytania, czy w danym przypadku cięcie łonowe było wskazane, odpowiedzieć musimy: *tak*. Wszak mamy miednicę, której sprzężna wynosi $8^1/_2$ cm. czyli 85 milimetrów, a toć przecie leży ten wymiar nieco tylko poniżej granicy, jaką podaje we wskazaniach Morisani i Charpentier, ale mógłby ktoś powiedzieć, że przecież w tym stopniu ścieśnienia nieraz płód rodzi się donoszony bez pomocy, a i my byliśmy tego samego zdania przed pęknięciem pęcherza; ta zaś okoliczność, że podczas badania w kilka godzin nabraliśmy przekonania, że główka jest zbyt twarda i duża, że zdolność zastósowania się jej jest nadzwyczaj mała, co też w rzeczywistości było, jeżeli po tylu godzinach i przy takich bólach niewiele poród postąpił, nasunąć nam musiała po założeniu kleszczy myśl tak zachwalanego cięcia łonowego. Z tejże samej przyczyny, że nie raz siły natury pokonać mogą, zwłaszcza u pierwiastek, wielkie nieraz zapory, nie przystąpiliśmy odrazu do obrotu, jak to chętnie czynimy mając przed sobą wieloródkę z przeszłością położniczą świadczącą, że porody poprzednie w położeniach główkowych dały wynik niekorzystny, nie wykonaliśmy, mówię, obrotu, lecz otworzyliśmy pęcherz i pozostawiliśmy dalszy przebieg porodu siłom natury.

Mógłby ktoś nam zrobić zarzut, że kiedyśmy już nabrali pewności, że poród dobrowolnie się nie ukończy i mieliśmy przygotowanie do cięcia łonowego, dla czego zakładaliśmy kleszcze? Otóż na to tylko tyle: kleszczami nieraz przezwyciężamy wielkie przeszkody pomyślnie — musi to przyznać nawet najdoświadczeńszy położnik, że są przypadki, w którychby przysiągł, że operacya będzie łatwa, że urodzi płód szybko a właśnie w tym razie okazuje się, że tylko po bardzo silnych pociąganiach i to kilku lub kilkunastu zdoła płód wydobyć; i naodwrót nieraz tylko niechętnie bierze kleszcze w rękę przekonany, że to zabieg daremny, a tu

po 2—3 nie silnych trakcyach rodzi płód żywy. Otóż myśmy tak powiedzieli: jedna lub dwie trakcye nic nie zaszkodzą a my będziemy mieli czyste sumienie, że cięcie łonowe było konieczne i uchronimy się od zarzutu wypowiedzianego jeszcze przez Baudeloqua, że tam, gdzie po cięciu łonowem wynik jest pomyślny i dla matki i dla płodu, tam ono nie było potrzebne, a to zyskaliśmy, że po cięciu odrazu mogliśmy płód wyciągnąć, skoro już kleszcze leżały na główce.

Nareszcie powie ktoś, dlaczego nie robiliście cięcia cesarskiego? Na to tyle: Zamałe ścieśnienie, takiego niestósunku nie mogliśmy wczas przypuszczać a później już było zapóźno, już chwila stósowna dla cięcia minęła; a zresztą idąc za radą Leopolda, tego samego, co nie dawno jeszcze dla cięcia cesarskiego zakreślał szerokie granice wskazań a dziś w takich przypadkach stawia wyżej cięcie łonowe, jako operacyę łatwą, pewną, chcieliśmy się przekonać o słuszności tego twierdzenia i swem doświadczeniem dołożyć jednę cegiełkę do nowo budującego się gmachu z napisem: *Cięcie łonowe.*

Tem, co wyżej wspomniałem, usprawiedliwiłem, dlaczego nie robiono innych zabiegów, któreby mogły ocalić i matkę i dziecko. I tak obrotu nie robiono dlatego, że to była pierwiastka ze ścieśnieniem, przy którem dzieci rodzą się nieraz łatwo w położeniu czaszkowem; kleszczy próbowaliśmy bez skutku, nie chcieliśmy wymóżdżać płodu żywego a w obec tego stopnia ścieśnienia, woleliśmy wybrać cięcie łonowe, niż cięcie cesarskie. Żeśmy dobrze uczynili, świadczy o tem zupełnie pomyślny wynik dla płodu a dla matki wprawdzie nie tak pomyślny, ale za to nauczyliśmy się i przekonaliśmy się, że cięcie łonowe nie jest operacyą tak niewinną, za jaką ją w ostatnich czasach pod wpływem entuzyazmu i prądu ogólnego okrzyczano i nabraliśmy przekonania, że, aby postawić ścisłe wskazanie do cięcia łonowego, nie wystarczy poprzeć go wymiarami miednicy, lecz należy uwzględnić nie tylko stopień, ale i rodzaj ścieśnienia, jak również uwzględnić wszystkie okoliczności ze strony płodu, które w obec tego samego stopnia ścieśnienia czynią poród nieraz o wiele trudniejszym, jak wielkość główki, twardość kości i zdolność zastósowania się do wymiarów miednicy; tak postępując z pewnością ograniczymy wskazanie a nie narazimy matki na przykre następstwa, z siebie zaś zrzucimy odpowiedzialność i zarzut, żeśmy niewłaściwy wybrali zabieg.

A na ostatek jeszcze słów kilka o tej przez wielu operatorów podnoszonej łatwości, z jaką wykonać można zabieg, że zdaje się czytającemu, iż ani asystentów, ani stołu, ani prawie instrumentu nie potrzeba, aby wykonać operacyę; ale chloroformować trzeba, ale wywierać ucisk na okolice krętarzy, ale trzeba krwotok nieraz gwałtowny tamować, to wszystko, kto wykona bez asysty, temu konia z rzędem; nie mówię już o tem, gdy się zdarzy jakie powikłanie; w najpomyślniejszych okolicznościach trzeba czterech, wyćwiczonych asystentów a z tą liczbą i cięcie cesarskie wykonać możemy wygodnie. W czem więc tkwi ta łatwość i uproszczenie, nie wiem; dalsze doświadczenia to wyjaśnią; my zaś wcale różowych zapatrywań się dzielić nie możemy.

Sumując w końcu wrażenia odniesione z przeczytania i zastanowienia się nad przypadkami w ostatnim ogłoszonemi czasie, nadto opierając się na własnem doświadczeniu, musimy powiedzieć, że tak, jak z każdą nową operacyą, jest też i z cięciem łonowem. Widocznem jest to gorączkowe zajęcie się operacyą, które w miarę coraz większej liczby przypadków musi ustąpić chłodnej rozwadze, która jedynie wydać może o zabiegu sąd sprawiedliwy. Owe świetne wyniki, zaczyna przyćmiewać statystyka, a na 0% podana śmiertelność przez Spinellego na ostatnim zjeździe w Wrocławiu zmieniła się na 10—15%. My o niem tyle powiemy:

1) Cięcie łonowe nie jest zabiegiem obojętnym a to z powodu, że znosząc ciągłość pierścienia kostnego miednicy, pozbawia znacznie części miękkie podstawy, w skutek czego one, zwłaszcza przy użyciu pewnej siły podczas operacyi, mogą doznać obrażeń sprowadzających czasowe lub trwałe kalectwo kobiety.

2) Nie jest zabiegiem łatwym, wcale nie łatwiejszym, niż cięcie cesarskie; wymaga bowiem, co najmniej, trzech wprawnych asystentów, z których jeden prowadzi narkozę, dwóch zaś innych uciska na okolice krętarzy, przez co chronią spojenia krzyżowo-biodrowe od uszkodzeń.

3) Cięcie łonowe mające na celu ocalić i płód i matkę musi być wykonywane w takich okolicznościach, gdzie po cięciu pomyślnego wyniku spodziewać się można a gdzie inne łatwiejsze zabiegi do celu tego nieprowadzą.

A zatem wskazane jest w tych przypadkach, gdzie miednica jest tak ścieśniona, że ani kleszcze, choćby wysokie, ani obrót nie są możebne bez niebezpieczeństwa dla matki i płodu a czas do wzniecenia porodu przedwczesnego minął, gdzie więc trzebaby wykonać wymóżdzenie płodu żywego, lub cięcie cesarskie, matka zaś nie zgadza się na to ostatnie a objawy ze strony płodu świadczą o tem, że żyje. Jako granice podają 8·8—6·7 Włosi, 8—6 Niemcy wymiaru prostego wchodu.

4) Aby cięcie łonowe nawet w tych wskazaniach odniosło pomyślny skutek, nie dosyć jest uwzględnić stopień ścieśnienia miednicy, bo nieraz w tym samym stopniu ścieśnienia różne możemy otrzymać wyniki; trzeba też uwzględnić wiek rodzącej, rodzaj ścieśnienia miednicy, rozmiary płodu, uwzględnić wszystkie objawy świadczące o mniejszej lub większej zdolności zastósowania się główki płodu do wymiarów ścieśnionych, co tylko ocenić możemy z pilnej obserwacyi dotychczasowego przebiegu porodu.

5) Cięcie łonowe przy miednicy ogólnie ścieśnionej, zdaje się, da lepsze wyniki, niż wobec płaskiej; w pierwszym bowiem razie, wszystkie wymiary się zwiększą i główkę łatwiej można przeprowadzić, niż przy miednicy płaskiej, gdzie wymiary poprzeczne są zazwyczaj prawidłowe a powiększyć się może tylko wymiar prosty; w pierwszym też razie lepiej jest, jeżeli główka idzie naprzód, w drugim lepiej do rozwiązania użyć obrotu i wydobycia płodu.

6) Cięcia łonowego nie należy wykonywać, jeżeli mamy znaczniejsze ścieśnienie, bo wtedy musimy użyć trudnego zabiegu do wydobycia płodu, zabiegu dla niego niebezpiecznego, matka zaś może ponieść znaczne obrażenia części miękkich i mogą pęknąć spojenia krzyżowo-biodrowe. Z przebiegu w naszym przypadku wynika, że cięcie łonowe nie jest wskazane przy miednicy płaskiej, gdzie wymiar prosty wchodu wynosi 8 cm. a główka jest duża i twarda.

7) Cięcia łonowego można użyć jako operacyi przygotowawczej w celu wydobycia płodu obumarłego w razie bezwzględnego ścieśnienia miednicy.

8) Krwotok z ciał jamistych łechtaczki bywa dosyć znaczny, czasem trudny do opanowania. Obfitszym bywa,

gdy nie przecinamy więzadła łukowego i gdy ono pęka podczas silnych pociągań kleszczami.

9) Jakkolwiek wiemy, że spojenie łonowe zrastać się może, to nie możemy z góry powiedzieć, jak będą przebiegać następne porody, czy bliznowate miejsca nie ulegną znaczniejszym uszkodzeniom, gdy po raz wtóry do cięcia łonowego u tej samej niewiasty przystąpimy.

10) Przetoki, które powstać mogą po cięciu łonowem, mogą się odnosić do bocznej a nawet do przedniej ściany pęcherza, jakto stało się w naszym przypadku, a zaszycie takich przetok przedstawia wielkie trudności, znacznie większe, niż w zwykłych odleżynowych po porodzie.

Z tego, co wyżej powiedziano, wypada, że tak ci, co zachwalają bardzo cięcie łonowe i starają się wyrugować cięcie cesarskie ze wskazania względnego, jak i ci, co odmawiają mu zupełnie wartości, nie mają zupełnej słuszności. Jedni z nich operowali widocznie w okolicznościach pomyślnych, drudzy w okolicznościach dla cięcia łonowego niepomyślnych; obydwie zaś strony za mało miały przypadków, aby w sprawie cięcia łonowego wypowiedzieć ostatnie słowo. Prawda leży widocznie w pośrodku t. j. że cięciu łonowemu w pewnych, że tak powiem, dobranych przypadkach wartości odmówić nie można; nie należy tylko trzymać się pewnego szablonu, wykutego z wymiarów miednicy kostnej, ale należy uwzględnić i inne okoliczności. Nie można jednak zgodzić się na to, że cięcie łonowe zastąpi w zupełności wymóżdżenie płodu żywego i cięcie cesarskie ze wskazania względnego; te zabiegi zawsze będą w pewnych razach nawet bezpieczniejsze a na koniec sądzę, że tak, jak cięcie cesarskie jest operacyą tem lepsze dającą rokowanie, w im pomyślniejszych okolicznościach technicznych robić się je będzie i dotychczas jest operacyą wyłącznie klinik i szpitalów, tak też i cięcie łonowe po za dobrze urządzone sale operacyjne nie wyjdzie a tem bardziej nie będzie przystępne dla praktyków. Zresztą czekajmy, niech ucichną fale wzburzone, po których płynie statek nowej operacyi w różne chylący się strony a wtedy przekonamy się, czy cało do portu zawinie.

Kraków w maju 1893.

IV. Oceny i sprawozdania.

Terapia.

M. Wołkowicz: **O wartości leczniczej salolu w biegunce cholerycznej.**

Jak wiadomo, tłómaczy się ogólne przypady cholery azyatyckiej w ten sposób, że laseczniki przecinkowe wytwarzają przez swe życie w przewodzie pokarmowym pewne substancye bardzo trujące, które wessane działają zgubnie na układ naczyniowy i nerki. Przypady zatem ze strony przewodu pokarmowego są wcześniejsze od objawów zatrucia ustroju. Gdyby przeto przypady pierwsze trwały jakiś czas i gdybyśmy mieli środki do zniszczenia laseczników przecinkowych przedtem, nim one wytworzą ze siebie owe szkodliwe substancye trujące, przestałaby cholera być chorobą tak bardzo niebezpieczną.

Jakkolwiek w każdej epidemii, osobliwie na początku, trafiają się przypadki z przebiegiem tak ostrym, iż nie ma się czasu na leczenie pierwszego okresu, bo ma się do czynienia odrazu z zatruciem ustroju substancyami, na które nie znamy jeszcze odtrutki, to jednakowoż uczy oddawna doświadczenie, że przypadków cholery tak ostro przebiegających jest stósunkowo mało i że po największej części owe ciężkie objawy zatrucia ustroju występują po dłuższej lub krótszej biegunce, przeciw której można wystąpić energicznie.

Według doświadczenia autora w epidemii r. 1892. w Niżnym Nowogrodzie na 100 cholerycznych trwa okres biegunki aż do wystąpienia ciężkich przypadków ogólnych

u 10 krócej niż 6 godzin
u 21 od 6 do 12 godzin
u 7 od 12 do 24 godzin
u 15 nad 24 godzin
u 10 „ 48 „
u 14 więcej niż 4 dni
u 15 prawie 7 dni
u 4 dni 7
u 4 kilka tygodni.

90% przeto przypadków możnaby uratować, gdyby leczyło się je odrazu energicznie podczas biegunki a zdanie to opiera autor na doświadczeniu w przypadkach, w których chorzy szukali pomocy w okresie biegunki samej lub z wymiotami a nie okazywali jeszcze przypadów zatrucia. Nie można wprawdzie utrzymywać, iż wszystkie biegunki, które autor leczył, były napewne cholerycznemi; jeżeli się wszakże zważy, iż w danem miejscu panowała epidemicznie cholera azyatycka, iż w wielu przypadkach owej biegunki wykryto prątki przecinkowe, iż niektóre przypadki dalej posunięte okazywały już początki ogólnego zatrucia, nie można zdaniem autora wątpić, iż wiele z tych przypadków było pierwszym okresem cholery azyatyckiej i bez leczenia przeszłoby w okres niewątpliwej cholery.

Otóż w 200 przypadkach takiej biegunki, trwającej zazwyczaj od 1 do 3 dni, z 3 do 7, w niektórych 15 i więcej wypróżnieniami, używał autor salolu tak u dorosłych mężczyzn, jak kobiet, starców i dzieci. Pierwsza dawka u dorosłych wynosiła dwa gramy, u osób podeszłych i słabych gram, dalsze trzy dawki gramowe zażywali chorzy co 3 godziny, następnie również gramowe co 4 do 5 godzin. Niekiedy zażywali chorzy 2 do 4 razy po gramie co 2 godziny, późniejsze dawki również gramowe co 4 godziny. W ogólności przeto dostawali chorzy w pierwszym dniu po 8, wyjątkowo po 10 gramów salolu. Skoro tylko ustała biegunka i inne dolegliwości ze strony przewodu pokarmowego a stan cały polepszył się, dostawali chorzy salol co 4, później co 6 godzin. Zwykle ustawała biegunka w pierwszych 12 godzinach, stolce stawały się coraz prawidłowszemi a po pauzie od 12 do 24 godzin następowało wypróżnienie należyte. Jeżeli chory zwymiotował proszek pierwszy, dostawał drugi i popijał go gorącą herbatą.

Podczas zażywania salolu leżeli chorzy zwykle w łóżku przykryci, w razie boleści dostawali cieple okłady a za napój używali herbaty g o r ą c e j z cytryną, bo letnią bardzo łatwo wymiotują. Rum i koniak pobudzają do wymiotów.

Z wyjątkiem szumu w uszach i zawrotu autor żadnych nieprzyjemnych przypadów po salolu nie widział. Dzieci dostawały co 3 lub 4 godziny tyle decygramów salolu, ile liczyły lat.

Środków wymiotnych używał autor tylko w razie wystąpienia przypadów żołądkowych po spożyciu pokarmów za obfitych, trudno strawnych lub zepsutych.

Ponieważ jest rzeczą bardzo ważną, żeby leczenie rozpocząć jak najrychlej, przeto wypada, by lekarz miał już u siebie zapas salolu i chorzy przynajmniej pierwszą dawkę zażywali zaraz u niego. (*Ther. Mtshefte. Wrzesień. 1893).*

D.

Notatki terapeutyczne.

Przeciw wymiotom podczas narkozy chloroformowej zaleca J o o s uciskać palcem wielkim nerw przeponowy powyżej mostkowego końca obojczyka a uciskać przez kilka minut i po ustaniu wymiotów. Jeżeli po niejakim czasie postępowanie to nie prowadzi do celu, dobrze jest w wielu razach położyć na szyję kompres wodą zimną zmaczany.

A u b e r t i F r i p i e r zalecają przed chloroformowaniem wstrzyknąć podskórnie centygram morfiny i miligram atropiny, do czego służy płyn:

112) *Morphini muriatici* 0·10
Atropini sulfurici 0·01
Aquae destil. 10·00
MDS. Przed chloroformowaniem wstrzyknąć podskórnie strzykawkę.
(*Lyon médical. 1893*).

Przeciw czerwonemu trądzikowi na twarzy (*acne rosacea*) zaleca Retrini pomazywanie za pomocą pędzelka miejsc chorych na policzkach, bocznych powierzchniach nosa, czole i brodzie przez trzy dni z rzędu płynem:

113) Rp. *Resorcini* 1·00
Ichthyoli 2·00
Collodii elastici 30·00

przyczem należy poprzednio małe ropnie w skórze otworzyć skaryfikatorem Vidalowskim. W 5 do 6 dni po pomazaniu zaczyna plewka pękać i odpada zupełnie w dwóch dniach następnych, poczem okazuje się zmniejszenie czerwoności i obrzmienia skóry a wtedy na nowo trzeba użyć wymienionego płynu. Trzy serye takich pomazywań, na co potrzeba dwóch do trzech tygodni, zwykle wystarczają do wyleczenia. Autor nastaje na to, by do rozpuszczania ichtyolu i resorcyny używać koniecznie kolodyonu sprężystego.

W celu niebolesnego rozszerzania szyjki macicznej zaleca się włożenie pręcików blaszkownicowych (*laminaria*) na ośm dni do płynu:

114) Rp. *Cocaini puri* 4·00
Jodoformii 10·00
Aetheris sulfurici 90·00

V. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Sekcya lwowska.

X. posiedzenie z dnia 2. czerwca 1893.

Przewodniczący kol. Schramm. — Obecnych członków 28.

1) Po odczytaniu protokółu z ostatniego posiedzenia kol. Krokiewicz podaje wynik badania anatomo-patologicznego guza zaotrzewnowego, wyjętego przez operacyę i przedstawionego na poprzedniem posiedzeniu przez kol. Schramma:

Guz dochodzący wielkości dużego melona, ujęty ściśle w torebkę łącznotkankową, o powierzchni gładkiej, tu i owdzie wiotkimi zrostami pokrytej. Miejsce przyczepienia guza nie widoczne. Spójność guza różna; w jednych częściach jest on zbity i twardy, w innych zaś okazuje się miękkim i chełboce. Badanie na przekroju okazuje, iż guz składa się z jam różnej wielkości, od wielkości orzecha włoskiego do wielkości pięści dorosłego człowieka dochodzących, wypełnionych treścią śluzowo-galaretowatą, tudzież z utkania twardego, zbitego, o zabarwieniu jużto bladościęgnistem, białem, jużto bladoróżowem. Badanie drobnowidowe okazuje w miejscach bladościęgnistych, białych utkanie zbite tkanki łącznej włóknistej; w miejscach bladoróżowych utkanie tkanki ziarninowej obficie w naczynia zaopatrzonej, składającej się z komórek wrzecionowatych; w miejscach naokoło jam utkanie tkanki śluzakowej złożonej z komórek wielowypustkowych i z substancyi międzykomórkowej, bezpostaciowej, galaretowatej. Treść jam daje reakcyę śluzu. Wynik badania stwierdza, że w danym przypadku mamy do czynienia z nowotworem typowej tkanki łącznej i tkanki śluzakowej, *fibromyxoma cysticum*. Nowotwór ten rozwijał się powoli a punkt jego wyjścia najprawdododobniej stanowi tkanka łączna powięzi przedkręgowej w jamie pozaotrzewnowej. Powstanie nowotworu należy odnieść do życia płodowego, w czasie którego tkanka powięzi w części odziedziczyła znaczniejszą zdolność histogenetyczną, w części przechowała także ogniska zbłąkane tkanki śluzakowej i przy zniesieniu równowagi fizyologicznej w życiu pozapłodowem nadmiernie bujać poczęła. Nowotwór w danym przypadku jest charakteru dobrotliwego i po doszczętnem wyłuszczeniu nie powinien się odnowić. (*Ref. własny*).

W dyskusyi przemawia kol. Schramm i kol. Pisek. Kol. Pisek przed 9 laty opisał przypadek podobny guza wychodzącego z okolicy więzu przedkręgowego, który okazywał tak wybitne chełbotanie, że rozpoznawano torbiel. Badanie drobnowidowe guza wyjętego przez operacyę wykazało: *fibroma myxomatodes lipomatosum*.

2) Kol. Schramm przedstawia dwóch chorych:

a) R., chłopak 7-letni, według podania rodziny upadł przed 3 laty i od tego czasu na nogę prawą nie mógł stąpać. W kilka tygodni po przypadku wystąpiła w okolicy stawu biodrowego prawego jakaś sprawa zapalna, która sprowadziła rozległe i długotrwałe ropienie. Obecnie chłopak licho odżywiony, kończyna dolna lewa prawidłowa; w okolicy biodrowej prawej liczne, głębokie, z kością pozrastane blizny, krętarz prawy większy znajduje się znacznie wyżej, niż po stronie lewej; główki kości udowej wyczuć nie można, udo skręcone na zewnątrz, staw kolanowy zgięty tak, że podudzie prawe spoczywa na udzie lewem. Ruchy w stawie biodrowym prawym zupełnie zniesione. Chłopak chodzi więc na lewej kończynie, podpierając się laską. Sprawę chorobową tłómaczyć sobie należy w ten sposób, że wskutek upadnięcia przyszło do zapalenia kości z następowem zniszczeniem panewki i zwichnięciem kości udowej ku górze i ustaleniem jej przez następne zrosty w położeniu mocnej rotacyi na zewnątrz. Znacznego stopnia zanik na udzie i podudziu, które jest o 4 cm. krótsze niż lewe, tłómaczy długotrwałe nieużywanie tej kończyny do chodzenia.

b) U dziewczyny 9-letniej znaiduje się na częściach rodnych zewnętrznych guz wielkości pięści mężczyzny, twardy, powierzchnia jego kalafiorowata, porozpadana, zwłaszcza w miejscu, gdzie przez guz przechodzi rozciągnięta i ku stronie prawej zepchnięta cewka moczowa. Z wywiadów okazuje się, że guz ten wychodził początkowo z lewej wargi sromnej, że był operowany przed kilku miesiącami, poczem jednak wkrótce nastąpiła recydywa. Mamy tu więc do czynienia z rzadkim przypadkiem mięsaka sromu niewieściego. Operacya i badanie drobnowidowe potwierdziły rozpoznanie (*ref. własny*).

3) Kol. Ziembicki przedstawia dwóch chorych:

a) Chorego z kostniakiem (*osteoma*) wielkości pięści dorosłego mężczyzny powyżej guza kości czołowej lewej.

b) Chorego z potrójnym przybłoniakiem (*epithelioma*) w twarzy, mianowicie na wardze dolnej po stronie prawej, na wardze górnej po stronie lewej i w okolicy skroniowej lewej.

4) Kol. Barącz przedstawia chorego dotkniętego powrotną promienicą języka (*actinomycosis linguae recidiva*) i demonstruje pod drobnowidem typowe *actinomyces* z tego przypadku. Przypadek ten wydaje się kol. B. ciekawym z następujących względów: 1) u chorego nastąpił powrót choroby po 3 miesiącach z przyczyny zaniedbania dalszego leczenia; 2) prócz grudek wydobyto podczas pierwszej operacyi ciało roślinne (plewy ziarna zbożowego); 3) podczas pierwszej operacyi pałek wyraźnych nie zauważono, obecnie zaś są one bardzo typowe; 4) choroba wystąpiła w postaci ropnia rozlanego. Przypadek ten jest 3-cim promienicy języka obserwowanym przez kol. B. Kol. B. omawia terapię w tym przypadku i przedstawia pod drobnowidem kawałek kłosa przenikły nitkami grzybka promienicowego z innego przypadku promienicy języka. Przypadki obydwa wyświecają etyologię promienicy (*ref. własny*).

Kol. Prus zwraca uwagę na to, że w promienicy języka gruczoły limfatyczne nie są zajęte, co dowodzi, że promienica nie rozszerza się przez gruczoły.

Kol. Krokiewicz uważa przypadki kol. Barącza za cenny przyczynek do nauki o sposobie przenoszenia się promienicy na człowieka.

5) Kol. Jendl pokazuje uproszczony i zmieniony przez kol. Ebersa z Krynicy hełm trzęsący Charcota, podając przytem krótką historyę przyrządu. Należy on do rzędu tych aparatów, które rodzi coraz więcej w lecznictwie zastósowania mająca mechanoterapia. Przed kilku laty spostrzeżono w oddziale Charcota, że podróże dłuższe koleją żelazną a raczej połączone z niemi ciągłe, niezbyt mocne wstrząśnienia działają korzystnie na stan chorych z wygórowaną ruchowością i drżączkami (n. p. *paralysis agitans*). Wymyślone w Szwecyi karło trzęsące znalazło w Salpetrière szybkie i wrzekomo dość pomyślne zastosowanie. Niedługo potem Charcot skombinowaw-

szy kojące działanie lekkich wstrząśnień ze znanem usypiającem działaniem monotonnych słabych pobudek wpadł na pomysł swego hełmu, opisanego półtora roku temu w *Progrès medical*, jako środka kojąco-nasennego w rozdrażnieniu nerwowem i bezsenności (w neurastenii i w niektórych formach histeryi).

Działania fizyologicznego przyrządu Charcot nie podaje, w każdym razie jednakże trudno byłoby zredukować je do modnej dziś definicyi *suggestya*, która ma tłómaczyć wszystko a niczego właściwie nie wyjaśnia. Gdybyśmy nawet część tego działania, w niektórych szczególniej przypadkach, do suggestyi odnieść mogli, to przecież w reszcie przypadków działanie to, na dziś wytłómaczyć się nie dające, zostaje niewątpliwie w związku z niezupełnie dokładnie opracowanym działem fizyologii o sposobie oddziaływania organizmu na drobne pozornie pobudki zmysłowe, działania w każdym razie potężnego, jak to wykazał niedawno Féré w zajmującem dziełku p. t. *„Sensation et mouvement“*.

Zamiast jednak zapuszczać się w przedwczesne wnioski i tłomaczenia warto się zapoznać z niezmiernie dowcipnem i praktycznem uproszczeniem Charcotowskiego hełmu dokonanem przez kol. Ebersa (*ref. własny*).

Następnie kol. Jendl szczegółowo okazuje przyrząd kol. Ebersa i odczytuje opis przyrządu nadesłany przez kol. Ebersa z Krynicy, który poniżej w całości podajemy:

Modyfikacya hełmu Charcota i trzęsidło Dra Ebersa do miesienia.

Mając wiele do czynienia z neurastenikami, byłem bardzo ciekawy poznać ów hełm trzęsący Charcota, którym profesor paryski chorym na bezsenność miał przynosić ulgę w tem cierpieniu. Skorzystałem więc z pierwszej sposobności, aby się z tym przedmiotem zaznajomić, i poznawszy na miejscu zalety i wady przyrządu Charcota, pozwoliłem sobie poczynić w nim zmiany i rozszerzyć pole jego zastósowania.

Jak kolegom wiadomo, hełm w mowie będący składa się z małego elektromotoru, do którego przytwierdzony jest wieniec sprężyn łukowato wygiętych, dających się na głowę nasunąć jak czapka, a że są delikatne i w użyciu łatwo się zaginały, dodano im dla ochrony blaszaną osłonę w formie hełmu, ztąd nazwa. Dodatek ten stanowi jednak ujemną stronę przyrządu; hełm bowiem działa jako resonator potęgując szmer kółek obracających się w motorze, równocześnie wstrzymuje przeziew skóry i zwiększa przez to napływ krwi do głowy, wreszcie ogranicza użycia przyrządu tylko do pozycyi siedzącej lub stojącej chorego, który w nim położyć głowy nie może, gdyż ją sprężyny opierając się o blachę ugniatają a swoją drogą motor o poduszkę zaczepia się i funkcyonować nie może, albo się psuje.

Z tych powodów odrzuciłem zupełnie hełm blaszany i wieniec sprężyn, dając natomiast dwie silniejsze sprężyny opatrzone na końcach płatami, obejmującemi czoło i potylicę. Stósownie do wymiarów czaszki dają się one rozsuwać u podstawy, którą przytwierdza się ją do motora. W miejsce poduszeczki, na której w hełmie opierał się motor o szczyt głowy, dałem ze względów czystości płytkę metalową wklęsłą; wreszcie usunąłem wszystkie wystające śrubki w motorze i dałem mu osłonę metalową. Oba sznury przewodnie splotłem w jeden i dałem im kolce do wtykania bez śrubek.

W ten sposób uproszczony przyrząd ma tę zaletę, że

1) założyć go można choremu w pozycyi leżącej i zostawić go aż do uśnięcia, poczem lekko zesunąć się da z głowy bez budzenia śpiącego;

2) przez usunięcie resonującej blachy hełmu szmer motoru udziela się słuchowi chorego jako łagodny szmer a nie przykry hałas, jak w hełmie Charcota;

3) równocześnie usuniętą została przeszkoda dla przeziewu skórnego, jaką sprowadzało okrycie całej głowy blachą, i chorzy nie mają powodu skarżyć się na uczucie gorąca w głowie.

Działanie przyrządu jest jednostajne, łagodne, sprawia wcale przyjemne wrażenie a sprowadza sen albo wśród posiedzenia w 15 do 30 minut, albo wkrótce po posiedzeniu, które naturalnie powinno się odbywać w stósownej do snu porze.

W tłómaczenie fizyologiczne działania tego trzęsienia zbyt zapuszczać się nie chcę; nie tłómaczy go ani Charchot ani Babiński w sposób stanowczy; zdaje się jednak, że jednostajne, łagodne drażnienie jednoczesne zmysłów czucia i słuchu działa usypiająco, jak to widzimy w analogicznym wpływie łagodnych tonów muzyki, turkotu maszyn, młyna, szumu wody, trzęsienia wagonu i t. p. W każdym razie sądzę, że, u neurasteników zwłaszcza, ważną okolicznością jest tu jeszcze odciągnięcie ich uwagi na zewnątrz, zmiana kierunku ich myśli, które muszą ze swego chorobliwego toku wykoleić się pod wpływem przyrządu, który nietylko działa na ich wyobraźnię, ale i zmysły ich bezpośrednio uderza w sposób dodatni i stanowczo uspakajający. Działanie to spostrzegać się daje nawet w przypadkach bardzo opornych, w których dopiero po kilku posiedzeniach trzęsidło sen sprowadzało.

Obok zastósowania przyrządu do celu, jaki Charcot osiągnąć zamierzył, motor w tej formie, jaką mu nadałem, może jeszcze inne zadanie spełnić w terapii mechanicznej, a to jako dzielne trzęsidło do miesienia, czy to ogólnego, jak n. p. w *paralysis agitans*, czy to miejscowego, jak w newralgiach, wypocinach, niedowładzie jelit i t. p.

W tym to celu zrobiłem przyrząd jak najmniejszy i nadałem mu kształt jak najprostszy, aby go łatwo ręka lekarza mogła używać i zaopatrzyłem go w dające się zmieniać nasady: jedną płytę okrągłą lekko wypukłą do powłok brzusznych, drugą lekko wklęsłą i szerszą do klatki piersiowej; jeden guzik podłużny służy dla dostępu do przestworów międzyżebrowych, drugi pałkowaty do otworów kostnych, wogóle do miejsc ograniczonych.

Wobec tego, że przyrząd jest całkiem nowy, brak mi dostatecznych danych do przedstawienia kolegom; sądzę jednak, że moje trzęsidło zdoła oddać dobre usługi w mechanoterapii i może okaże się praktyczniejszem, niż szwedzkie kręcidło, bo jest poręczniejsze, mniejsze, samodzielniejsze, bo tylko sznurem złączone ze stosem galwanicznym, i co także ważną jest rzeczą, znacznie tańsze.

Dotąd użyć go mogłem tylko w kilku przypadkach migreny, newralgii międzyżebrowej i wzdęcia brzucha, ze skutkiem bardzo dobrym; właściwą ocenę jednak przedstawię kolegom, gdy po doświadczeniu przyrządu na większą skalę w zakładzie Krynickim, będę mógł na pewnych rezultatach oprzeć swe twierdzenia.

Przyrząd pochodzi z pracowni Gaiffego w Paryżu, rue St. André des Arts 40. Zapłaciłem za motor z pokrywą 45 fr., za płyty i guziki do miesienia 22 fr., za płyty na głowę 40 fr. Te ostatnie wypadną o połowę taniej, bo każę sprężyny bezpośrednio przyśrubować do motora guzikiem wklęsłym; urządzenie bowiem do rozsuwania sprężyn jest zbyteczne.

Do wprawienia w ruch motora wystarczają dwa małe ogniwa Greneta. Uważać należy, aby w razie użycia przyrządu na głowę ruch motora nie był zbyt mocny. Do miesienia należy użyć mocniejszego prądu. Stopień trzęsienia się łatwo przez zanurzanie płyt cynkowych płyciej lub głębiej.

Kol. Prus zwraca uwagę na zalety modyfikacyi hełmu Charcota przez kol. Ebersa a wykazuje przedewszystkiem, że zastąpienie ciężkiego hełmu lekkiemi obręczami jest pomysłem bardzo szczęśliwym; przez to bowiem nietylko przyrządu użyć łatwiej, ale i cena hełmu jest znacznie przystępniejszą, a właśnie wygórowana cena hełmu Charcota była główną przeszkodą rozpowszechnienia tego przyrządu. Przez połączenie hełmu z motorem elektrycznym w taki sposób, że do motoru można przyśrubować rozmaitego kształtu nasady, zyskuje przyrząd Ebersa tem więcej na wartości, gdyż w ten sposób przyrząd ten zastępuje wibratory szwedzkie, a co więcej nawet je przewyższa ze względu, że siłą poruszającą jest prąd elektryczny.

Działanie hełmu Charcota w bezsenności odnosi kol. Prus do znużenia nerwów czulnych skóry przez delikatne drgania, i do znużenia zmysłu słuchowego jednostajnym tonem przyrządu. O wstrząśnieniu mechanicznem tego rodzaju, jakie Koch i Filehne w swoich doświadczeniach przez jednostajne uderzanie młotkiem w czaszkę zwierzęcia (*Verhämmern*) otrzymywali, tutaj mowy być nie może, gdyż pierwszemi objawami wstrząśnienia mózgu w tych doświadczeniach są zwolnienie tętna i oddechania, drżenie gałek ocznych i t. d., a takich objawów hełm wibrujący z pewnością nie może wywołać. Być może, że oprócz powyższego działania na nerwy czulne i słuchowe wpływa także korzystnie na chorych autosuggestya (*wł. referat*).

Kol. Pisek mniema, że istota przyrządu przedstawionego jest taka sama jak w wibratorach szwedzkich z tą tylko różnicą, że siłę mechaniczną wprawiającą w ruch wibratory zastępuje tu elektryczność.

Kol. Wernicki sądzi, że większą wartość mają przyrządy wprawiane w ruch zapomocą elektromotoru, ponieważ ruch ich może być szybszym i jednostajniejszym i siła wstrząśnień łatwiej daje się regulować i stósować do potrzeb.

Kol. Jendl oprócz większej jednostajności i szybkości ruchów uważa za zaletę przyrządu kol. Ebersa jeszcze to, że jest daleko lżejszym i bez porównania tańszym od trzęsideł szwedzkich.

6) Kol. Obtułowicz przedkłada sprawozdanie o chorobach nagminnych panujących w miesiącu maju w powiecie lwowskim.

Na tem posiedzenie zakończono.

Uwaga. W *Przeglądzie lekarskim* Nr. 24, str. 322, w. 27 z dołu zamiast „u wejścia macicy“ powinno być: „u wejścia miednicy“.

Sekretarz *Dr. Bory.*

VI. Sprawozdanie z V. Zjazdu chirurgów polskich.

Podał

Dr. Karol Klecki.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 36.)

XIII. Dr. Gabryszewski (z Krakowa): O guzach powłok brzusznych.

Dr. Gabryszewski opisuje dwa przypadki guzów powłok brzusznych, które przed kilkoma miesiącami operował w klinice chirurgicznej krakowskiej. Były to twarde, zbite guzy wielkości jaja strusiego, z których jeden miał kształt podługowaty, drugi zaś kulisty, a wystąpiły one u młodych kobiet (22 i 24 lata) podczas ciąży; u jednej chorej wystąpił guz przed $1^1/_2$ rokiem, u drugiej przed rokiem. Badanie mikroskopowe guzów tych wykazało, że były to włókniaki. (Demonstracya preparatów mikroskopowych). Wyłuszczono je i wygojenie się nastąpiło *per primam.* W literaturze znalazł Dr. Gabryszewski podobne przypadki opisywane jako włókniaki oraz jako mięsaki. Lederhos zebrał z literatury francuzkiej 100 przypadków, opisanych jako włókniaki; w niemieckiej zaś literaturze opisywane są przeważnie mięsaki. Guyon uważa, że guzy te wychodzą z pochwy mięśniów lub też z samych mięśniów, prawdopodobnie z mięśnia prostego brzucha. Dr. Gabryszewski rysuje stosunki anatomiczne, jakie znalazł podczas operacyi w swoich przypadkach, zwracając przy tem uwagę na charakterystyczne, spinkowate przewężenia guzów tych pośrodku. Guzy wychodziły z pochwy mięśniów a rozrastały się przeważnie w kierunku ku przodowi, przez co wypuklały skórę oraz ku tyłowi. Zrosty z otrzewną były bardzo mocne, tak że podczas operacyi nie można było uniknąć otworzenia jamy otrzewnowej. Za główny czynnik etyologiczny uważają autorzy ciążę a mianowicie mechaniczne działanie zwiększającej się macicy na mięśnie brzucha. Za przypuszczeniem tem przemawia oprócz danych statystycznych jeszcze i ta okoliczność, że w 90% przypadków podobych guzów obserwowanych u niezamężnych, chore cierpiały jednocześnie na *cystomata ovariorum.*

Następnie podaje Dr. Gabryszewski operowany przez siebie również w klinice krakowskiej przypadek pierwotnego raka powłok brzusznych. Chora przybyła do kliniki z małym strupkiem na brzuchu w okolicy pępka; około tego strupka wyczuwało się lekkie stwardnienie; raka rozpoznać nie było można; uważano cierpienie to za stosunkowo błahe i ograniczono się na wyskrobaniu i przyżegnięciu, po jakimś czasie przybyła chora powtórnie do kliniki a w miejscu pierwszej operacyi utworzyła się była mała przetoczka. Wycięto starannie zmienione części wraz z najbliższem otoczeniem a badanie mikroskopowe wykazało w przypadku tym *carcinoma planocelluare.* (Demonstracya preparatów mikroskopowych).

Prof. Obaliński: Przypadki pierwotnego raka powłok brzusznych są bardzo rzadkie; obserwował 2 takie przypadki: jeden przypadek w klinice prof. Bryka, drugi w praktyce prywatnej. W ostatnim przypadku miał prof. Obaliński do czynienia z rakiem pępka, na pozór bardzo nieznacznie rozprzestrzenionym tak, że przewidywał bardzo niewielką operacyę. Okazało się, że rak był bardzo rozległy, na otrzewnej zajmował przestrzeń wielkości dłoni a operacya była ciężka. Chory umarł na *peritonitis carcinomatosa.* Przy tej sposobności wymyślił prof. Obaliński sposób plastyki otrzewnej z sieci, nadający się do przypadków, w których wycięto otrzewnę na znacznym obszarze. Tej samej metody użył poprzednio Sklifassowski w przypadku ropnia, powstałego w okolicy kiszki ślepej.

Dr. Wehr (ze Lwowa) przytacza własny przypadek mięsaka powięzi mięśnia prostego brzucha (*sarcoma fasciae m. recti abdominis*); w przypadku tym występowały kilkakrotnie recydywy tak, że operowano 4 czy 5 razy. W końcu wystąpiły ogniska mięsakowe w jamie brzusznej, osierdziu, którego część Dr. Wehr resekował; przypadek zakończył się śmiertelnie. Szycie było bardzo trudne; szew skórny był możliwy tylko na pewnej części rany, resztę musiał Dr. Wehr pofastrygować.

Dr. Kapelusz (z Biały) wspomina o przetoczkach w okolicy pępka, powstałych z pozostałości *ductus omphalomesaraicus.*

Dr. Sawicki (z Warszawy) zabiera głos w sprawie pokrywania braków powstałych w powłokach brzusznych po wycięciu guzów i przytacza dwa spostrzegane przez siebie przypadki (jeden w oddziale Dra Krajewskiego w Warszawie), w których pomimo znacznych braków w powłokach brzusznych samo zeszycie skóry wystarczyło do zupełnego wygojenia.

Prof. Obaliński spostrzegał w praktyce swojej cztery razy dehiscencyę ran laparotomijnych; w trzech przypadkach nastąpiło wygojenie, jeden (rak) zakończył się śmiertelnie. W jednym z tych przypadków komplikacya ta wystąpiła po miomektomii wskutek silnego kaszlu. W podobnych przypadkach należy zawsze próbować szyć; prof. Obaliński zaleca przy tem swój sposób; jeśli sieć nie wystarcza, można podsunąć pod brzegi rany wielki płat gazy jodoformowej i szyć na nim. Gaza jodoformowa przykrywa jelita a zarazem służy za doskonały knot wyprowadzający wydzielinę z jamy brzusznej na zewnątrz. W dwu przypadkach, operowanych w powyższy sposób, rozwinęły się na jelitach pod gazą jodoformową doskonałe granulacye. Sposobu tego można użyć i w świeżych przypadkach t. j. tam, gdzie starczy sieci.

Dr. Kryński (z Krakowa) zapytuje się, w jakim celu prof. Obaliński zaleca swój sposób w przypadkach świeżych.

Prof. Obaliński odpowiada, że nie zaleca tego sposobu jako reguły w postępowaniu, lecz tylko zwrócił uwagę, że w pewnych okolicznościach sposób ten może i w świeżych przypadkach znaleść zastosowanie.

Dr. Sawicki (z Warszawy) dodaje do swojego poprzedniego przemówienia, że w przytoczonych przez niego przypadkach skóra przeszła w zgorzel na nieznacznym tylko obszarze, zresztą utrzymała się zupełnie dobrze.

XIV. Dr. Schramm (ze Lwowa): Przyczynek do kazuistyki kamieni moczowych.

Dr. Schramm okazuje kamień moczowy, wydobyty z pęcherza moczowego chorego, cierpiącego na kamienie pęcherzowe od lat czterech. Operacya, przez którą wydobyto okazany kamień, była już trzecią z rzędu. Pierwsze dwie operacye wykonał Dr. Schramm metodą prof. Rydygiera, ostatnią zaś zwykłym sposobem. Po przepiłowaniu kamienia okazało się, że utworzył się on naokoło szwu jedwabnego, który się dostał (prawdopodobnie wyropiał) do jamy pęcherza. Być może, że i druga recydywa powstała w podobny sposób. Błony śluzowej pęcherza Dr. Schramm nie szył; o metodzie prof. Rydygiera wyraża się Dr. Schramm z wielkiem uznaniem, mógł bowiem przekonać się o jej zaletach przy drugiej oraz trzeciej operacyi na ży-

wym; badając palcem błonę śluzową pęcherza w miejscu dawniejszego cięcia nie można było wykazać rozstępu tej błony.

Dr. Gabryszewski (z Krakowa) zwraca uwagę, że wobec tego należałoby szyć katgutem; przytacza przypadek z niemieckiej literatury, w którym utworzył się również kamień pęcherzowy naokoło szwu, który dziwnym sposobem dostał się z okolicy pęcherza do jego wnętrza.

Dr. Kryński (z Krakowa) przytacza przypadek kliniczny, przez siebie operowany, w którym w 2 tygodnie po herniotomii w miejscu przepukliny wystąpił guz chelboczący; był to ropień a w ropie znaleziono pętlę jedwabną, którą była podwiązana brama przepuklinowa.

Prof. Obaliński sądzi, że Dr. Kryński musi się mylić, że nie była to pętla, którą była podwiązana brama przepuklinowa, ale podwiązka, która spadła z sieci.

(Ciąg dalszy nastąpi.)

VII. Wiadomości bieżące.

— Wydział krajowy galicyjski uchwalił przedstawić Dra Stanisława Poniklę, docenta Uniwersytetu Jagiellońskiego i lekarza powiatowego krakowskiego, na dyrektora szpitala św. Łazarza w Krakowie.

— Dr. Maciej Gąsiorowski, radca zdrowia, mianowany lekarzem instytutu głuchoniemych w Poznaniu.

— W Londynie utworzyło się przed kilkoma laty towarzystwo w celu walki z trądem na całej kuli ziemskiej a za pierwszy kraj swego działania obrało sobie Syberyę Wschodnią. Otóż po dokładnem zbadaniu rzeczy na miejscu pokazało się, zdaniem korespondenta dziennika angielskiego *Daily News*, że w Syberyi całej jest bardzo mało trędowatych a ci, którzy są, mają doskonałą opiekę na miejscu.

— 65. zgromadzenie Towarzystwa przyrodników i lekarzy niemieckich odbyło się tego roku w Norymberdze od dnia 11. do 15. b. m. Zjazd był znacznie mniejszy, niż w latach poprzednich, prawdopodobnie, jak domyślają się pisma niemieckie, z powodu ciągłego niebezpieczeństwa od cholery. Na miejsce przyszłorocznego zebrania się wybrano Wiedeń, w którym po raz ostatni odbył się zjazd, o którym mowa, jeszcze w r. 1856.

— W szpitalach w Nantes we Francyi zaprowadzono chwalebny zwyczaj uwieczniania marmurowemi tablicami opatrzonemi w stósowne napisy pamięci lekarzy zmarłych podczas pełnienia obowiązków zawodowych. Pierwszą tablicę wmurowano ku pamięci Juliusza Prauda, słuchacza medycyny, zmarłego z ospy, drugą ku pamięci praktykanta szpitalnego, Merleta zmarłego na różę a trzecią mają teraz wmurować ku uczczeniu Chupina, zmarłego na cholerę w roku zeszłym. W Paryżu zaledwie w kilku przypadkach uczczono w ten sposób pamięć lekarzy, którzy zmarli skutkiem pełnienia ciężkich obowiązków swego zawodu.

Należałoby i u nas pomyśleć o czemś podobnem, choć może w naszych szpitalach tych tablic byłoby wkrótce zawiele, jeżeli wspomnimy, ile to u nas ginie młodych lekarzy z duru osutkowego, tak rzadkiego w zachodniej Europie.

— Rząd belgijski rozpisuje na rok 1897 konkurs międzynarodowy z nagrodą 25000 franków za najlepszą pracę na temat: Ze stanowiska sanitarnego należy opisać dokładnie stósunki meteorologiczne, hidrologiczne i geologiczne krajów Afryki podrównikowej i z obecnego stanu wiadomości w tej mierze wywieść stósowne zasady dyetetyczne dla pobytu w tych krajach, tudzież na podstawie należytych obserwacyj ułożyć prawidła sposobu życia, żywienia się, pracy, ubrania i mieszkania, by zachować zdrowie i siły. Należy skreślić symptomatologią i etyologią chorób właściwych Afryce podrównikowej i podać ich leczenie tak zapobiegawcze jak i terapeutyczne, jakoteż skreślić zasady wyboru i używania lekarstw, tudzież zakładania szpitali i sanatoryów. Tak w części naukowej jak i praktycznej prac konkursowych należy uwzględnić warunki pobytu Europejczyków w rozmaitych dzielnicach kotliny Kongo. Prace ubiegające się o nagrodę należy złożyć najpóźniej do 21. grudnia 1897 w ministerstwie spraw wewnętrznych w Brukseli.

— Austryackie ministerstwo spraw wewnętrznych zawiadomiło władze krajowe, iż podczas epidemii cholerycznej tak prywatne instytucye dobroczynne i korporacye, jak władze i gminy mogą po stósownem podaniu sprowadzać bez cła z zagranicy baraki i przyrządy desinfekcyjne.

— **Cholera**. Według wykazów urzędowych zachorowało w Galicyi i w Krakowie od początku epidemii tegorocznej do 12. września 502 osób, z czego zmarło 307 czyli 61%. W Krakowie było wogóle 9 przypadków, z których 7 zakończyło się śmiercią. Ponieważ od 12 dni nie trafił się ani jeden przypadek choćby tylko podejrzany, przeto kwarantanę koło dwóch domów na Kazimierzu przy Miedzuchu zniesiono i wogóle usunięto wszelkie środki nadzwyczajne. Z innych krajów europejskich nie mamy do nadmienienia nic szczególnego.

Dr. Władysław Jabłonowski przebywający w Burgas nad morzem Czarnem pisze nam dnia 14. b. m.: W zakładzie dla obłąkanych w Skutari (przedmieście Carogrodu) od tygodnia potwierdzono stan chorobowy zakaźny, którego bardzo groźne pojawy i szczególnie szybki przebieg, w krótkim przeciągu czasu spowodowały 38 zejść na 65 dotkniętych. Jakkolwiek nie potwierdzono naukowo, czy ma się już do czynienia z cholerą, to jednak przez wzgląd na tak wysoki stopień zaraźliwości i grożącego niebezpieczeństwa uznano chorobę za podejrzaną i przedsięwzięto wszelkie środki, by ją umiejscowić w granicach samego zakładu. W tym celu posłano tam komisyę lekarską i otoczono zakład łańcuchem straży sanitarnych. Dotąd nie mamy żadnej pewnej wieści o czynnościach komisyi i zrobionem przez nią rozpoznaniu! Ogólnie się sądzi, że i do Carogrodu już się dostała cholera. Jaką drogą? o tem później. Na teraz to tylko pewna, że dotychczasowa znośna sytuacya zdrowotna w stolicy bardzo się zachwiała.

— **Wiadomości uniwersyteckie.** Mianowani: tajni radcy lekarscy profesorowie Drowie Küster w Marburgu i Schmidt-Rimpler w Getyndze lekarzami jeneralnymi 2-ej klasy w armii niemieckiej, Dr. J. Rotgans, prywatny docent w Groningen, profesorem chirurgii w Amsterdamie, Dr. A. Eiselsberg, prywatny docent w Wiedniu, profesorem chirurgii w Utrechcie, Dr. O. Kaufmann profesorem patologii ogólnej w Birmingham, prof. Küstner w Dorpacie profesorem położnictwa we Wrocławiu.

NADESŁANE.

Szanownych PP. Kolegów, którzy zmienili mieszkanie lub miejsce pobytu, upraszam o podanie adresu dla Kalendarza lekarskiego na rok 1894.

Dr. Murdzieński.
Kraków, ulica Floryańska 53.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. S. Domański.**

KONKURS.

Wydział powiatowy w Horodence rozpisuje niniejszem konkurs na dwie posady lekarzy okręgowych:

1) w Obertynie z płacą roczną 500 złr. i ryczałtem na podróże 200 złr.;

2) w Czernelicy z płacą 500 złr. i ryczałtem na podróże 258 złr.

Kompetujący wykazać się mają:

1) obywatelstwem austryackiem,
2) dyplomem doktora medycyny,
3) świadectwem moralności,
4) świadectwem zdrowia,
5) znajomością języków krajowych,
6) praktyką najmniej dwuletnią w zawodzie lekarskim,

a po otrzymaniu posady stósować się winni do Instrukcyi z 31. grudnia 1891 Dz. ust. kraj. Nr. 83.

Termin wniesienia podań oznacza się do 20. września 1893 r. 124—3—3

Nakładem Tow. Lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem A. M. Kosterkiewicza.